

CAHIER DE RECHERCHE : 2008-04 E1

Gérer la mobilité professionnelle et l'adaptabilité : le cas des
infirmiers.

RAPIAU Marie-Thérèse

XIXe Congrès de l'ALASS, BRUXELLES – 11-13 septembre 2008

TITRE : Gérer la mobilité professionnelle et l'adaptabilité : le cas des infirmiers.

Título : Gerenciar a mobilidade profissional e a adaptação : o caso das competências dos enfermeiros

Mots clés : Management, mobilité professionnelle, compétences générales, infirmiers, mondialisation

Palavras chave : gestão, mobilidade profissional, competências gerais, enfermeiros, mundialização.

Auteur : Marie-Thérèse Rapiou, Chercheur CNRS, CERAG, CNRS-UPMF-Grenoble II, 150 rue de la Chimie, BP 47, 38040 Grenoble Cedex9, marietherese.rapiou@free.fr

Resumo : Na França, o setor da saúde passa por *tensões fortes* (nova governância, déficits orçamentários, regionalização da oferta) e por *mutações* (competências exigidas dos profissionais, organização da oferta). Além disso, as *novas modalidades de cuidado dos doentes* (cuidados à domicílio, redes de saúde, hospitalização à domicílio) dificultam a gestão dos profissionais segundo as categorias dos modelos de tipo burocrático (Mintzberg). Neste contexto, alguns atores insistem na « penúria dos profissionais ». Este argumento, entretanto, não disfarça as « novas necessidades em termos de competências » ? Ou « este problema é ligado às novas modalidades de cuidado dos doentes » ? Por outro lado, não existirá, também, uma falta crucial de recursos e restrições da função pública que penalizam uma gestão inovadora dos recursos humanos ?

Todos estes fatores há mais de uma década revolucionam a organização do trabalho e a qualificação dos profissionais de enfermagem. A Saúde, como todos os setores de atividade, não escapou da evolução das competências das economias de serviços nem das consequências da mundialização. Meus trabalhos sobre o recrutamento e a formação dos enfermeiros na França ilustram nossa proposta em torno de duas competências-chave : mobilidade profissional e adaptação.

Résumé : En France, le secteur de la santé connaît de *fortes tensions* (nouvelle gouvernance, déficits budgétaires, régionalisation de l'offre) ainsi que des *mutations* (compétences demandées aux professionnels, organisations de l'offre. A cela, s'ajoutent les *nouveaux modes de prise en charge des malades* (soins à domicile, réseaux de santé, hospitalisation à domicile) qui mettent à mal la gestion administrative des professionnels selon les catégories des modèles de type bureaucratique (Mintzberg). Dans les contextes décrits, certains acteurs insistent sur la « pénurie des professionnels » mais cet argument ne masque-t-il pas le problème des « nouveaux besoins de compétences » ? Ou bien « est-ce lié à la prise en charge du patient autrement » ? Mais n'y a-t-il pas aussi le crucial manque de moyens, les contraintes de la fonction publique qui pénalisent une gestion innovante des ressources humaines ?

Tous ces facteurs révolutionnent l'organisation du travail et les qualifications des personnels para médicaux depuis plus d'une décennie. Comme tous les secteurs d'activités, la Santé n'a pas échappée aux évolutions des compétences des économies de service ni aux conséquences de la mondialisation. Mes travaux sur le recrutement et les formations des infirmières en France illustreront notre propos autour de deux compétences clés dans : mobilité professionnelle et adaptabilité.

Introduction

Le phénomène de mondialisation semble ouvrir d'immenses possibilités telles que la mobilité incessante des métiers¹ et des hommes, le renouveau du management des hommes et des compétences et le marketing international.

Dans ce contexte économique de mondialisation, les emplois et les formations évoluent au fur et à mesure des mutations des organisations. La gestion des ressources humaines revêt une place significativement plus importante car la gestion des ressources est de plus en plus prégnante comme le montre les derniers modes de gouvernance. Ainsi, l'ensemble des compétences des personnels évoluent tant sur le plan technique (imagerie, chirurgie de précision) mais aussi sur les modes de prise en charge car les organisations évoluent : HAD, soins à domicile, réseaux de santé, durée très courte des hospitalisations. Ces nouveaux modes de prise en charge entraînent une mobilité des compétences des personnels de santé : les compétences relationnelles et celles de coordination ou celles d'adaptation sont au centre des nouvelles modalités de prise en charge et des nouvelles organisations du travail. Ainsi, la plus value de prise en charge se décline autour de la gestion de l'information informatisée et partagée mais aussi par la coordination qu'implique un travail d'équipe où chaque acteur a son autonomie et sa responsabilité.

Si le secteur de la santé² s'est longtemps développé comme un secteur « à part », sous un « régime d'exception » lié au statut de la médecine dans la société, il est soumis, plus fermement, depuis les années 90, à un alignement interne par une approche commune et simultanée de l'ensemble des autres secteurs d'activité. Comme bien d'autres secteurs publics, la régulation centralisée fut accentuée, puis une progressive décentralisation de celle-ci apparaît, les outils ont évolué depuis quinze ans. Le dernier étant l'introduction de la T2A comme régulation interne aux hôpitaux publics et la création des ARS (agence régionale de santé) comme régulation déconcentrée. En externe, on remarque la mise en œuvre de dispositifs partagés par tous les secteurs d'activité comme la formation et l'emploi. Ces dispositifs portent en particulier sur la gestion de l'activité et de la formation des professionnels donc sur la gestion des compétences³ des personnels dont le coût représente plus de 70% des dépenses de santé. Pour ce qui concerne la gestion de l'activité elle s'aligne sur les approches actuelles de la gouvernance qui tendent à une évaluation de l'efficacité et de la performance. Au delà des différences comptables « les ressources humaines sont un élément clé du secteur de la santé. En effet, si les réformes de santé se sont succédées peu ont mis l'accent sur l'optimisation de la gestion des ressources humaines alors que l'on reconnaît dans les études que la qualité des soins est en partie liée à la qualité des personnels. (70% des budgets de santé sont alloués aux frais de personnels).⁴

Cette communication centrée sur la mobilité professionnelle⁵ et a pour objectif de montrer les mutations chez les infirmiers⁶ qu'ils soient cadres ou soignants, mutations qui sont identiques à d'autres secteurs d'activités économiques. Les évolutions des secteurs « ouvrent » le marché de l'emploi des infirmiers vers des horizons complémentaires tant en mobilité interne qu'en mobilité externe au secteur de la santé. Pour reprendre une définition de la mobilité professionnelle, celle utilisée dans le Bref CEREQ de 2005⁷ situe son utilisation sur le marché du travail. « La mobilité professionnelle est un principe classique d'ajustement sur le marché du travail ainsi qu'une source de développement de carrière et d'amélioration des conditions d'emploi ».⁸

En effet, les mobilités concernent tous les emplois du secteur marchand mais aussi les emplois du secteur de la Santé que cela soit dans les formes de prise en charge ou soit dans les compétences mises en œuvre. Ces phénomènes d'ajustement entre offre et demande sur le marché de l'emploi ne sont pas analysés par le Ministère de la Santé et la mobilité professionnelle reste un point aveugle des analyses alors que ce point reflète l'évolution structurelle des professions et notamment celles des infirmières qui recherchent à la fois une amélioration des conditions de travail et la « reconnaissance à sa juste place et à sa juste valeur » notamment dans le déroulement de carrière⁹. Notre participation dans la Commission Formation animée par le Pr Yvon Berland sur le « partage des compétences¹⁰ entre les professions de santé et le rôle de la formation » ainsi que nos résultats de travaux de recherches amèneront notre propos sur les compétences¹¹ indispensables à la mobilité et à l'adaptabilité. Ces deux compétences sont essentielles pour cette profession où les nouvelles formes de travail interviennent suite à la mondialisation et suite aux nombreuses

contraintes gestionnaires de performance à un moindre coût. Notre argumentation sur la mobilité et l'adaptabilité des infirmières s'appuie sur les travaux du CEREQ, de l'INSEE et des services du Ministère de la Santé notamment ceux de la DREES et ceux de l'ONDPS.

Le texte commence par situer l'approche en termes de mondialisation et de gouvernance et leur impact sur la mobilité avec de nouveaux regards sur l'emploi des infirmières. En seconde partie, l'analyse du marché du travail permet de dégager les situations en évolution pour rechercher les facteurs déterminants la nouvelle dynamique pour les marchés du travail...des infirmières et de dresser les mobilités professionnelles¹². La partie suivante traite des points saillants concernant la formation, sur le recrutement des étudiants en formation. En conclusion, il faut retenir l'importance, pour ces professions d'infirmières, d'avoir su gérer les compétences générales, sociales et relationnelles même si les programmes de formation datent de 1992 !

Partie 1 Mondialisation, gouvernance et mobilité : nouveaux regards sur l'emploi des infirmières.

Ces nouveaux regards sur l'emploi des infirmières sont possibles car cela fait plus de vingt ans que les organisations de prise en charge des malades évoluent dans un contexte de mondialisation et d'émergence de nouvelles formes d'emploi où la tertiairisation donne priorité aux compétences générales permettant de s'adapter en permanence aux demandes et aux différentes contraintes de gestion ou de management des hommes. Les mobilités feront l'objet d'analyses présentées dans cette partie.

A Mondialisation et Globalisation : approche générale

Les effets de la mondialisation créent un déséquilibre sur le marché du travail et engendre un nouveau partage des revenus au niveau mondial. Dans les pays avancés, on assiste à un double mouvement : les plus qualifiés sortent par le haut (cadre dirigeant, cadre de la finance qui se caractérisent par la croissance des revenus d'une minorité) et les employés qualifiés qui sont exposés à la concurrence classique des marchés mondiaux sont obligés d'accepter des baisses de rémunérations pour résister ou encore à des déqualifications, c'est le phénomène qui touche les classes moyennes. L'ouverture des échanges de biens et de capital entre les pays « avancés » et les pays émergents implique un choc massif : l'arrivée sur le marché mondial du travail de travailleurs (dans les pays émergents) qui ne s'y présentaient pas auparavant, qu'il s'agisse des paysans sous employés chinois, indiens, brésiliens ou roumains...L'offre de travail a augmenté : 450 000 personnes USA, Europe des 15 et Japon mais dans l'ensemble du monde émergent l'offre de travail est de 2,3 milliards de personnes ! En moins de 10 ans, la productivité a augmenté de 30% pour l'ensemble de la planète et le salaire par tête de 18% seulement. De plus on assiste à une inégalité des revenus mais aussi à des inégalités des salaires, ce qui est un élément nouveau lié à l'évolution de l'emploi dans la globalisation (Landais – 2007)¹³.

Mondialisation et mobilité professionnelle dans le secteur de la santé

Si les nouveaux métiers sont rares, c'est que les besoins sociaux sont stables : se loger, se nourrir, se déplacer, se soigner, s'éduquer, se distraire...En revanche, les conditions d'exercice des métiers évoluent et le changement technologique, les mutations d'organisation et la mondialisation transforment leur poids respectif dans l'emploi total : l'emploi agricole régresse et l'emploi non qualifié industriel disparaît. La diffusion des technologies de l'information et de la communication limite les besoins d'emplois dans les grandes bureaucraties (banque, assurances, services fiscaux etc). Les transformations de la société et des modes de vie jouent un rôle majeur sur la création des emplois : femmes sur le marché du travail, allongement de la vie, vieillissement de la population, mutations des modes de vie, ont suscité une croissance importante des emplois de service (tertiaire). Les

emplois peu qualifiés du tertiaire dans le domaine du service à la personne ont doublé en vingt ans (source INSEE – enquête Emploi)¹⁴ et les emplois très qualifiés ont eux aussi doublé surtout dans les domaines des ingénieurs et concepteurs et ont augmenté de 25% pour les médecins, dentistes et pharmaciens (2005 – 286 000). Autre phénomène significatif dans l'emploi, la part des indépendants est de 8% car de nombreuses professions indépendantes exercent dans un cadre salarié : médecins, avocats, comptables.¹⁵

Confrontés aux transformations du secteur les personnels doivent s'adapter à de nouveaux environnement de travail (organisations de travail différente), acquérir de nouvelles compétences et développer d'autres comportements dans une économie de marché qui instaure des comportements différents avec les patients ou avec les employeurs dans de nouvelles organisations de prise en charge. Pour se faire les compétences générales permettent cette adaptation à de nouveaux contours d'emplois et à un décloisonnement du carcan de la grille de la fonction publique qui marque la bureaucratie freinant la reconnaissance des compétences nécessaires à la prise en charge des soins.

B Gouvernance et mobilités

Comme dans tous les secteurs, les formes de régulation des systèmes de santé ont été mises en cause dans les années 90 sous la pression de la mondialisation et des évolutions technologiques. L'efficacité de la médecine ainsi que des interventions différentes dues au développement des connaissances et des nouvelles technologies modifient les besoins de santé. De plus, ces besoins de la population augmentent par la longévité de la vie mais aussi par la dégradation de l'état de santé des personnes, par la dégradation de l'environnement avec de nouveaux risques sanitaires soit à l'échelle locale soit à l'échelle mondiale.

Ces phénomènes ont entraîné une forte demande envers le système de santé à un moment où la mondialisation a exercé des pressions sur les finances publiques qui ont obligé les Etats à contrôler et à réduire leur dépenses publiques. En France, le début du mandat présidentiel en 2007 est marqué par les réformes de tous les services l'Etat (Education, armée, santé etc), par la baisse des fonctionnaires afin de réduire toutes les dépenses publiques y compris les dépenses de santé. C'est en réponse à la crise que s'est répandue le concept de gouvernance car faire face à la crise passe par des réformes en profondeur. Pour le secteur de la Santé, la gouvernance crée un nouvel espace de régulation collective entre les institutions et leurs acteurs (les professionnels de santé, les politiques, les associations de malades, les gestionnaires et le monde marchand (industries pharmaceutiques, assurances, groupes financiers de l'offre privée) dont les logiques et les rationalités sont différentes.

Mondialisation et mobilité : le cas des infirmières.

Mondialisation, nouvelle gouvernance et nouvelles organisation pour la prise en charge des malades sont des facteurs qui bousculent les organisations traditionnelles du travail et qui révolutionnent les compétences des professionnels de santé en bousculant les clivages des classifications de la fonction publique notamment pour les métiers de soignants. Les frontières entre les métiers s'estompent, sont plus floues dans des organisations comme les réseaux de Santé et là les mobilités sont encore plus multiformes que dans les structures hospitalières.

- **Mobilité de l'emploi et de la formation**

A la fin de la deuxième guerre mondiale le secteur de la santé s'était constitué comme un secteur à part, bénéficiant d'un régime d'exception car la médecine l'avait positionné comme « secteur à part » avec des modes de fonctionnement particuliers quant à l'accès aux emplois de médecins ou des autres personnels ainsi que les formations y menant. La remise en cause, progressive, de cette spécificité, tend à s'affirmer depuis les années 1980-1990.

Les mutations se sont effectuées sous la pression constante des modes de gouvernance adoptés par l'Etat français, notamment l'encadrement budgétaire des ressources affectées à la santé, qu'il s'agisse de la prise en charge des dépenses de santé ou de la gestion des organisations. Ces évolutions se font dans un contexte français marqué par les lois successives de décentralisation des compétences de l'Etat au profit des régions (lois de 1983 à 2004) et dans un contexte européen soumis aux contraintes de Maastricht, aux tentatives d'harmonisation des diplômes universitaires (accords de Bologne, 1999) et surtout dans un contexte de mondialisation. Ces modes de gouvernance évoluent vers la mise en place d'Agence Régionale de Santé et donc vers des modes de gestion très ancrés sur le Territoire¹. Le financement de la formation des paramédicaux a été confié aux Conseils Régionaux en 2005 et on imagine assez bien cette instance que seront les ARS dans une période de réorganisation de l'offre de soins et de concentration de hautes technicités dans les CHU près de l'enseignement et de la recherche.

- **Mobilité des compétences et transfert des compétences entre professions de Santé dans un contexte de démographie médicale régulée autrement.**

Ainsi, dans toutes les études comparatives récentes, la densité médicale est un indicateur pour caractériser les différents pays. **En France, on compte 3,4 médecins pour 1000 habitants** alors que ce ratio est de 4,4 en Italie et de 2,9 au Danemark. Le ratio d'infirmières est aussi très différent d'un pays à l'autre. **En France, le nombre d'infirmières est de 2,1 par médecin** alors qu'en Italie ce rapport est de 1,2 infirmière par médecin et au Danemark de 3,6 infirmiers pour un médecin.

En 2008 une nouvelle réforme verra le jour pour la Régionalisation de la gouvernance. A cela s'ajoute la démographie médicale car le nombre de médecins va passer de 200 000 à 160 000 en 2020 car la **maîtrise des effectifs de professionnels de Santé apparaît comme un élément clé de la gestion optimale de l'offre de soins** avec une répartition différente des tâches entre les professions de Santé. Il est certain que la recomposition de l'offre de soins hospitaliers en relation avec la médecine de ville permettra de mieux baliser la transversalité des lieux de soins notamment dans les pathologies chroniques ou dans certaines pathologies comme le cancer.

- **Mobilité dans les modes de prise en charge par les personnels de santé**

La **prise en charge sous d'autres modalités a entraîné des mutations dans les pratiques et les frontières des compétences des personnels de santé**. Sans parler de nombre ou de professions car il s'agit de prendre en charge « autrement » et « au moindre coût ». Actuellement, la prise en charge des malades pourrait être globale en remettant le principe du paiement à l'acte, base de la médecine libérale de 1927 !¹⁶. L'évolution de la démographie médicale impose de nouvelles répartitions entre les différentes professions de santé et la situation est en cours d'évolution notamment sur les **nouvelles formes de coopération professionnelle** suite à l'évolution des modes de prise en charge. Ce qui paraît testé à titre expérimental derrière les recommandations de la Haute Autorité de Santé (2008) prend acte lors de la refonte de l'offre hospitalière et des contraintes gestionnaires par la raréfaction des personnels.

- **Mobilité de fonction, de statut et de secteur : une grande ouverture sur le marché du travail.**

Cette baisse démographique des effectifs d'infirmiers employés à l'hôpital continue de peser sur le secteur pour plusieurs raisons : d'une part la prévision massive des départs en retraite de certaines catégories de personnels et d'autre part par les mutations pour prendre des fonctions d'encadrement. A cela s'ajoutent des éléments plus difficiles à contrôler a priori mais que l'on connaît maintenant comme le changement de statut avec l'installation en secteur libéral car au cours des 3 dernières années le nombre d'installations a triplé ce qui correspond à des besoins de prise en charge dans des organisations différentes de celles du

¹ Est actuellement en discussion au parlement une loi « Patients, santé et territoires »

secteur hospitalier (source INSEE 2008). On notera aussi que si l'activité des infirmières dure environ et en moyenne 12 années en secteur hospitalier, ces dernières continuent à rester en emploi mais soit avec un changement de fonction et bien souvent un changement de secteur d'activités. De profession fermée sur un marché de l'emploi fermé (secteur hospitalier), les compétences des infirmières sont reconnues sur le marché du travail dans différents secteurs et dans **différentes fonctions de coordination où leurs qualités d'écoute, de travail en équipe et leur adaptabilité sont reconnues notamment dans des fonctions hors du champ sanitaire et reconnues aussi par le salaire avec des horaires moins contraignants pour la vie personnelle. C'est sans doute, en externe que la mobilité professionnelle s'avère très positive pour ces professionnelles.**

- **Mobilités des personnels entre les territoires**

La mobilité accompagne la carrière. La première mobilité est celle qui s'effectue au sein de l'établissement hospitalier par le changement de service ou encore par le changement d'établissement dans une même ville voir avec un déplacement géographique plus ou moins loin dans le cadre de mutations. L'autre mobilité peut être un passage du salariat à l'installation en secteur libéral soit seul soit en cabinet de groupe². Certaines professions libérales sont en plein essor et c'est le cas des infirmiers¹⁷. Quand il s'agit de la prise de fonction de cadre de service, la mobilité et la formation font partie des processus joints et mis en place dans la fonction publique hospitalière pour accompagner l'agent dans les effectifs d'encadrement.

La mobilité dépasse les frontières. Par exemple, les zones frontalières connaissent toutes des migrations de travail (Suisse, Belgique, Allemagne) pour des raisons salariales et fiscales en fonction du lieu de résidence choisi. Ces facteurs de migrations pèsent aussi sur les équilibres internes de chaque pays de la zone Europe et sur les flux migratoires en fonction des besoins mais plus souvent sous les pressions économiques salariales.

PARTIE 2 : Marché du travail et mobilités : des situations en évolution ?

Si ce secteur de la Santé nous intéresse comme marché du travail c'est qu'il a longtemps été considéré comme un marché « à part » et avec des règles de marché fermé pour des professions réglementées par l'Etat. Aujourd'hui, si l'accès à la formation par concours selon des quotas ainsi que la préparation du DE (Diplôme d'Etat) restent très codifiés, depuis près de vingt ans, le marché de l'emploi est plus ouvert pour les infirmières (possibilités d'emplois variés hors des hôpitaux).

A Une nouvelle dynamique pour les marchés du travail...des infirmières ?

De profondes transformations concernent le marché du travail fermé propre à certaines professions. A l'heure de la libre concurrence et de la libre circulation des travailleurs dans l'espace communautaire, la réglementation et les modes d'accès à ces marchés du travail suscitent des interrogations. Les professions de la santé font partie des professions où l'accès en formation est régulé (quota ou numerus clausus) et dont l'accès est réglementé par une certification obligatoire notamment le Diplôme d'Etat qui est une capacité d'exercice. Ce concept de marché du travail fermé se distingue par « sa monopolisation par un collectif de travailleurs auxquels est socialement reconnue la possession de savoirs et de savoir faire jugés indispensables à l'élaboration d'un bien ou d'un service » (Paradeise – 1988)¹⁸. Le particularisme des professions réglementées tient surtout à leur relation avec les pouvoirs

² Le statut de la fonction publique autorise une femme ayant eu trois enfants à prendre une retraite partielle après 15 années de service actif et de pouvoir cumuler cette retraite avec une nouvelle activité.

publics. Ces derniers ont organisé les professions médicales et paramédicales pour assurer l'intérêt de santé publique.

Gérer autrement les compétences en passant d'un système centré sur l'hôpital à un système en réseau dont l'hôpital fait partie est la nouvelle donne depuis vingt ans. Les progrès des technologies rendent possibles les prises en charge au domicile du patient. La grande spécialisation et la haute technicité de la médecine accroît le besoin de travailler en équipe pluri disciplinaire et elle augmente le besoin d'accompagnement et de coordination des équipes soignantes via des systèmes automatisés d'informations. Les personnels soignants sont inscrits dans cette mutation. A cela, s'ajoutent les *nouveaux modes de prise en charge des malades* (soins à domicile, réseaux de santé, hospitalisation à domicile) qui mettent à mal la gestion administrative des professionnels selon les catégories des modèles de type bureaucratique (Mintzberg). S'ajoute aussi la place qu'ont pris les associations de malades, Le droit des patients mais aussi la démocratisation de l'enseignement et de l'information.

En effet, le secteur de la santé¹⁹ a évolué comme les autres secteurs économiques et, de fait, les besoins de compétences non techniques trouvent peu de réponse dans le système français et les employeurs recherchent les nouvelles compétences auprès de personnels qui ont des compétences générales suffisantes, l'habitude de travailler en équipe et en coordination ce qui nécessite des capacités individuelles d'écoute et d'analyse des problèmes.

B Pouvoirs publics et professions d'infirmières

Plusieurs facteurs marquent l'avenir et l'évolution de la mobilité professionnelle pour les infirmières : la gestion des entrants en formation pour « compenser des pénuries inchiffrables » mais surtout la création de l'ordre infirmier en 2007 et le recours à la VAE (Validation des Acquis de l'Expérience) pour la promotion des aides soignants ou des infirmières par la reconnaissance de l'expérience pour l'obtention de certains diplômes. (loi de modernisation sociale – 2002).

L'importance d'un ordre professionnel pour la profession des infirmières.

L'importance de l'affiliation à un ordre professionnel doit être perçue comme une volonté de l'Etat que les travailleurs s'identifient à leur profession et non aux structures qui les emploient. En 2007 a été créé l'ordre infirmier alors que l'exercice libéral ne concerne que 15% des effectifs.

Actuellement, l'Etat est le principal employeur des infirmières (fonction publique hospitalière). Pour l'instant, la régulation démographique reste la priorité des instances nationales où siègent les partenaires sociaux et l'Etat. Le Haut Conseil des professions para médicales est l'interlocuteur de la Haute Autorité de Santé (évaluation des pratiques) et des institutions européennes.

Mutations des organisations de travail et VAE

Les travaux des différentes commissions sur la coopération entre professionnels de santé, la multiplication des organisations de prise en charge (HAD, soins de suite, réseaux) font que se construisent de nouveaux espaces de pratiques, des formes nouvelles de coopération entre professions. L'usage de la VAE pour les aides soignants et les infirmières sera une étape complémentaire de l'élargissement des tâches qui donneront de la souplesse à la gestion des effectifs et permettront de faciliter des reconversions professionnelles tant internes qu'externes.

C Marché du travail et mobilités?

Le marché du travail du secteur de la santé peut être compris comme un marché dual. D'une part un **marché du travail ouvert pour des fonctions qui ne sont pas les fonctions médicales et soignantes stricto sensu** (direction, gestion, logistique, recherche...), de l'autre **un marché fermé accessible aux seuls titulaires d'un diplôme de santé** ou d'un titre admis en équivalence par l'administration de tutelle ou bien de compétences recherchées. Cette partition est de moins en moins claire. Sa remise en cause, qui n'est pas complètement nouvelle, est en train de s'accroître. Que l'on pense à l'augmentation des emplois de juristes, de spécialistes de la qualité mais aussi à la montée des bénévoles, des membres d'associations de malades, de plus en plus présents auprès des patients, au sein même des services de soins et qui prennent à leur compte une part des « soins relationnels ». De même le travail d'information des patients est aussi assuré depuis peu, non seulement par les médecins et le personnel soignant, mais aussi par de nouveaux spécialistes, détenteurs de formations récemment mises en place, et qui n'exercent pas directement dans les services de soins.

Baisse de la durée de séjour, nouvelles organisations et emplois aux contours différents en terme de compétences et de requis : ces caractéristiques marquent le marché de l'emploi. Le secteur des soins à domicile, qui se déploie avec le raccourcissement de la durée de séjour à l'hôpital, offre également des opportunités de mobilité à des infirmières vers des emplois qui ne sont pas toujours identifiés comme des emplois de soignants. On assiste, par exemple, non seulement à un accroissement des postes de coordination dans des structures comme les réseaux, mais aussi dans les soins à domicile, de maintien à domicile, mais aussi dans des entreprises qui fournissent le matériel médical ou dans d'autres institutions chargées du médico-social (populations déficientes ou handicapées). Ces entreprises recrutent des infirmières pour leur expertise en soins et les transferts de connaissance et de savoir faire qu'elles peuvent assurer.

Reconnaissance des compétences des infirmières sur le marché du travail dans le secteur sanitaire, social ou du handicap

Le marché de l'emploi offre ainsi une reconnaissance externe de l'expertise des infirmières que les tutelles, les institutions de santé, les établissements de formation peinent à reconnaître. Cette reconnaissance s'accompagne éventuellement d'une meilleure rémunération mais surtout de conditions de travail différentes avec des horaires plus compatibles avec une vie personnelle et moins de stress des urgences ou des aléas de certains services hospitaliers.

Partie 3 Formations et mobilités

Au risque de paraître trop restreintes, les apports de cette partie sont limités à une analyse de la formation initiale des infirmières, aux résultats économétriques sur les caractéristiques déterminantes des postulants aux concours d'accès aux études puisque la profession comble les pénuries de professionnels en augmentant les quotas d'accès en formation initiale et enfin à une des mobilités professionnelles : l'encadrement qui est accompagné par des programmes spécifiques de formation continue.

A - Statisme de la formation de base et mais des mobilités de la formation par le haut : « le master » du système LMD.

Ce titre volontairement provocateur « Statisme de la formation » montre qu'avec des référentiels et un **programme de formation initiale datant de 1992, programme sous contrôle du Ministère de la Santé**, les infirmières sont dotées de compétences de base qui leur permettent d'évoluer soit dans la profession soit salarié soit en libéral, soit vers les

métiers de l'encadrement ou encore vers d'autres emplois où les compétences générales des infirmières sont recherchées et surtout reconnues.

Ces professionnels du soin sont formées la moitié du temps en alternance sur des terrains hospitaliers et elles ont acquis les connaissances générales de base du métier ainsi que des compétences générales transversales que le marché interne et externe du travail leur reconnaît : travail en équipe, respect de la confidentialité, capacité d'analyse et de synthèse, adaptabilité aux situations, autonomie. Dans les écoles de formations spécifiques au ministère de la santé (IFSI, Instituts de Formation en Soins Infirmiers) les cursus d'études ont laissé des places conséquentes aux échanges entre pays européens et ce depuis longtemps. La mobilité tant professionnelle que géographique est inscrite dans le cursus en alternance des 37,5 mois d'études tant pour les exemples de cours que pour les échanges entre jeunes étudiants en soins infirmiers.

Restent des zones d'ombre dans la formation, notamment avec cette plainte des professionnels et des étudiants sur **la non reconnaissance générale du DE (Diplôme d'Etat donc Diplôme d'exercice) dans la grille Universitaire du LMD (Licence, Master et Doctorat)**. Restent aussi dans l'ombre cette reconnaissance de Recherche par certains professionnels en soins infirmiers alors qu'il n'existe pas de filière universitaire en soins infirmiers de manière à faire reconnaître la discipline à part entière au CNU (Conseil National des Universités). Il faut que les sciences en soins infirmiers soient reconnus comme les sciences de l'information ou les sciences de l'éducation pour créer des filières en soins infirmiers avec des Enseignants-chercheurs Universitaires et avec des curricula qui comprendrait des enseignements Universitaires pour obtenir Licence et Master mais aussi une véritable Recherche en soins infirmiers pour délivrer des Doctorats. Or, à chaque fois que les infirmiers revendiquent de la recherche, il s'agit soit de programmes dont le leadership scientifique revient aux médecins dans le cadre de leurs missions Hospitalo-Universitaires soit de travaux de thèse de Doctorat effectués dans des laboratoires de sciences humaines ou sociales mais rarement de recherches en soins infirmiers. Certes nombreuses sont les infirmières ou les sages femmes qui ont suivi des formations Universitaires complémentaires pour obtenir Licence, Maîtrise ou Thèse dans d'autres domaines ce qui représente un accroissement de leur capital humain personnel. Certes, la collectivité qui les emploie a largement financé le temps des études mais elle ne reconnaît pas les Thèses obtenues en sociologie, psychologie ou sciences de l'éducation dans la grille des emplois occupés par ces personnes.

Si le positionnement de la formation initiale des infirmières est soumis à de fortes tensions et reste difficile à faire évoluer, **on peut penser que l'innovation va s'opérer au niveau Master, soit une redéfinition par le haut en quelque sorte²⁰**. Une redéfinition à la fois en terme de niveau de formation mais aussi en terme d'ouverture, dans la mesure où ces formations de niveau master vont être accessibles à des professionnels de filières santé différentes, mais aussi à des professionnels formés dans d'autres disciplines comme les psychologues ou les biologistes. La formation des professions de santé, celle des infirmières en particulier, l'évolution du dispositif dans lequel elles s'inscrivent, rend compte de la tendance à l'alignement du secteur de la santé sur les modes de fonctionnement des autres secteurs d'activité ; même si **le blocage s'éternise sur la reconnaissance du DE en Licence professionnelle, tous les ans beaucoup de personnes tentent les concours**.

Le passage du financement des formations professionnelles paramédicales et sociales à la Région en 2005 a fait surgir le problème de l'articulation entre deux mondes : la santé et l'économique. Celui de la Santé reste avec un pilotage national administratif en cascade vers les 330 Instituts de Formation et celui des responsables régionaux et des élus régionaux montrent une implication dans l'économie par des pilotages de proximité tant en matière de formations professionnelles que de l'emploi disponible sur le territoire. Là aussi, l'immobilisme du dispositif de formation évoluera à la fois par les élus régionaux qui recherchent un résultat efficient « formation/emploi/territoire ».

On peut penser que l'Université ne sera pas en reste sur ces formations professionnelles avec l'évolution du financement des Universités par les partenaires territoriaux.

B - Démographie d'une profession et régulation des effectifs par l'entrée en formation en IFSI

Les marchés professionnels réglementés (voir partie 2) doivent pouvoir se renouveler en permanence. Pour les infirmières, l'absence de professionnels (démographie) permet de mettre en route les instruments de régulation et dans ce cas, ***c'est l'entrée en formation initiale qui joue un rôle essentiel dans le système avec des apports diversifiés des caractéristiques de public*** (jeunes entrants mais aussi aide soignantes ou professionnels en reconversion). C'est la raison pour laquelle « la sélection au concours d'accès aux études » revêt un moment privilégié pour la profession même si les observateurs regardent les moments sans penser au processus final.

S'intéresser au recrutement des nouveaux étudiants²¹ et à la caractéristique des entrants en formation permet de comprendre que la sélection a un impact positif sur les formés et à plus long terme sur les professionnels. Certes les études en soins infirmiers ne sont pas uniquement des premiers choix pour l'orientation des bacheliers mais comme le concours capte énormément de monde, l'hétérogénéité des profils se retrouvent pendant les études (taux d'abandon de 20% annuel)²² mais aussi parmi les professionnelles en activité.

Pour affirmer ces résultats, nous avons procédé à des tests économétriques sur une base de données constituée de trois années de concours. L'ensemble des traitements est effectué sur les candidats au concours de 5 IFSI du département du Rhône, sur trois années consécutives (2005, 2006, 2007) soit 7 066 candidats au concours sur les trois années pour 2 181 places à pourvoir en première année sur les trois. En premier lieu, les traitements statistiques ont permis de repérer les corrélations entre les variables de l'échantillon et de supprimer la variable sexe, fortement corrélée avec les autres variables (notamment avec la section de baccalauréat possédée). Nous avons eu recours à des corrélations non paramétriques (corrélation de Spearman) afin de mesurer les variations des variables ordinales ou nominales. Dans un second temps, nous avons utilisé des modèles probabilistes non linéaires (modèles logit) afin de mesurer l'impact des variables individuelles et des variables institutionnelles sur la probabilité de réussite au concours (Jolibert et Jourdan, 2006).

	Coefficient B (seuil de significativité) ³	Exp(B)
Etablissement public	-,451 ***	,637
Femme	,003	1,003
Préparation au concours	,882 ***	2,415
Diplôme	***	
Bac	,902 ***	2,464
Enseignement supérieur	,731 **	2,077
Constante	-,927 ***	,396
R ² : 0,076 -2LL : 5106,206	N : 7 066 Overall : 60,9%	

Tableau 1 : Facteurs d'admissibilité au concours

On peut voir que les variables individuelles ont un impact très significatif sur l'admissibilité. Ainsi, le fait d'être une femme n'impacte pas les chances pour un candidat d'être admissible. À l'inverse, le fait d'avoir suivi une préparation au concours permet d'accroître ses chances

³ *** au seuil de 1%.

d'admissibilité de plus de 141%. Le fait d'être titulaire d'un baccalauréat ou d'un diplôme d'enseignement supérieur permet, en moyenne, de faire plus que doubler les chances d'être présent aux épreuves d'admission par rapport à des candidats ayant intégré en Validation des Acquis de l'Expérience (VAE).

De même, les variables d'établissement ont un impact sur l'admissibilité des candidats. Le statut « public » ou « privé » a une influence significative sur l'admissibilité. S'inscrire au concours dans des établissements de statut public entraîne ainsi en moyenne une réussite inférieure de 36% par rapport à l'inscription dans les établissements privés.

	Coefficient B (seuil de significativité)	Exp(B)
Etablissement public	-,528 ***	,590
Femme	-,005	,995
Préparation au concours	,884 ***	2,422
Bac STT, STL, SMS	-,096	,908
Bac général	,697 ***	2,007
Constante	-,367 ***	,693
R ² : 0,091 -2LL : 5493,649 N : 7 066 Overall : 61,3%		

Tableau 2 : Facteurs d'admissibilité au concours

Le **Tableau 2** montre qu'en moyenne, le fait d'être titulaire d'un bac général (S, L, ES) permet de doubler ses chances de réussite aux épreuves d'admissibilité, par rapport aux autres diplômes ou équivalences au baccalauréat. À l'inverse, le fait d'être titulaire d'un baccalauréat technique (STT, STL ou SMS) ne semble pas avoir d'impact significatif sur la réussite aux épreuves d'admissibilité.

Pour compléter, les déterminants de la réussite à l'admission montrent des résultats à peu près similaires. Ainsi les variables individuelles (sexe, études, prépa concours) et institutionnelles (pubic/privé) ont également été testées, pour les candidats admissibles, sur les variables d'admission. La régression logistique permet d'expliquer 8,4% des écarts de réussite.

	Coefficient B (seuil de significativité)	Exp(B)
Etablissement public	-,466 ***	,628
Femme	,172	1,187
Préparation au concours	,872 ***	2,391
Diplôme	***	
Bac	1,380 ***	3,975
Enseignement supérieur	1,043 ***	2,837
Constante	-2,278 ***	,102
R ² : 0,084 -2LL : 4480,894 N : 7 066 Overall : 70,0%		

Tableau 3 : Facteurs d'admission au concours

On peut remarquer que les variables individuelles ont un impact très significatif sur l'admission au concours d'élève infirmier. Si, comme pour les épreuves d'admissibilité, le fait d'être une femme n'impacte pas les chances pour un candidat d'être reçu, le fait d'avoir suivi une préparation au concours permet d'accroître ses chances de plus de 139%. De même, le fait d'être titulaire d'un baccalauréat (certains sont titulaires d'équivalence) triple les chances

d'un candidat d'être reçu, et le fait d'être titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur permet, en moyenne, d'accroître ses chances de succès de 184% par rapport à des candidats déjà en activité.

Les apports de ces résultats économétriques font que l'on peut affirmer que les niveaux de formations générales sous tendent les connaissances spécifiques. En effet, ces compétences générales (enseignement supérieur et bacs généraux) permettent de s'adapter aux mutations techniques et organisationnelles ; elles servent d'appui pour la mobilité professionnelle sur le marché du travail. Ces résultats confirment ceux obtenus dans des travaux antérieurs notamment dans les exploitations de l'enquête Formation-Qualification Professionnelle de l'INSEE qui avaient mis en évidence que le niveau de formation générale (qui se lit avec les séries du bac et les diplômes) permettait aux actifs d'évoluer et de s'adapter aux évolutions de l'emploi ; alors que les formations spécifiques deviennent rapidement obsolètes et doivent sans cesse être réactualisées et c'est le cas de toutes les formations techniques et opérationnelles. Par ailleurs, on renforcera ce résultats par d'autres apports de nos recherches à savoir que « dans un contexte de changement technique et de mutation sociale, les qualités requises sur le marché du travail ne sont pas plus élevées en terme de connaissances ou de diplômes ; au contraire, elles exigent plus de capacités générales (analyse, synthèse, autonomie, rapidité) et d'attitudes comme l'esprit d'initiative ou l'ouverture d'esprit pour faire face aux situations de travail en évolution ».²³

C Mobilités vers l'encadrement et formation en cours d'emploi

Une des mobilités classiques dans une carrière est celle vers l'encadrement. L'originalité des itinéraires pour y parvenir au Ministère de la Santé s'accompagne d'une mobilité de service et d'un accompagnement obligatoire en formation continue dans les Ecoles de Cadres. En France, l'encadrement à l'hôpital se distingue encore par un cadre réglementé d'accès et de formation dans le cadre légal d'emploi du secteur public.

Actuellement, l'évolution de l'encadrement infirmier à l'hôpital public a été marqué dans les années soixante dix par une hiérarchie verticale et une forte spécialisation du soin (contrôle corporatiste des personnels). Actuellement, les cadres ont perdu leur pouvoir de contrôle sur l'ensemble des professions soignantes et elles se focalisent sur des tâches d'organisation et de gestion/management ainsi que des informations médico-économiques nécessaires au fonctionnement du service. (Encadrement pluri disciplinaire et transversal). « Ces évolutions marquent le déclin de la hiérarchie soignante et la fin du monopole des infirmières sur les postes de cadres soignants »²⁴. La position et les fonctions de cadres de santé sont affirmées et clairement définies aux côtés du directeur de Pôle Médical.

Le rôle du manager de premier niveau dans l'entreprise privé revêt une forme un peu similaire dans la fonction publique en épousant un rôle très proche dans les organisations de santé et du social puisque l'époque est à la rationalisation et à la gestion des ressources humaines.

Pour conclure

Pour terminer cette communication, nous souhaiterions revenir sur les résultats « emboîtés » car ils ont un impact difficile à dissocier les uns des autres. Bien entendu, on retiendra le contexte de mondialisation ainsi que l'évolution des contraintes de la mondialisation qui pèsent sur les « vieux pays développés d'Europe » mais aussi des résultats plus fins de l'emploi comme l'utilité des compétences générales dans la mobilité et l'adaptabilité aux emplois.

- **Le contexte de mondialisation a changé la demande de travail dans les secteurs d'activités économiques ainsi que la valeur du travail et celle des contextes sociaux.**

Le secteur de la Santé n'y a pas échappé et en vingt ans « l'emploi d'infirmier décrit dans la grille indiciaire de type bureaucratique n'existe plus » mais cette profession reste encore dans les structures hospitalières même si dans la pratique elle a évolué qualitativement et quantitativement. La pratique infirmière s'est diversifiée alors que la médecine s'est spécialisée et s'est techniquement renforcée (techniques de pointe en micro chirurgie par exemple).

- **L'impact de la gouvernance sur les emplois et les compétences facilitant l'adaptabilité dans les emplois dans l'ensemble des secteurs**

Dans le domaine de la santé, l'utilisation plus récente du concept de la gouvernance correspond à des idées fortes exposées par Contandriopoulos²⁵ dans l'introduction d'un article de 2008 et que nous reprenons en partie pour insister sur les facteurs déterminants de la gouvernance sur l'emploi et aussi sur la performance.

- « le périmètre de responsabilité n'est plus celui des organisations existantes. La gouvernance oblige à penser en termes de régulation collective, de coordination des organisations et de professionnels et elle oblige à repenser les équilibres entre centralisation et décentralisation. »

- « la forme de l'action collective doit être repensée. La prise de décision en position d'autorité doit organiser de façon optimale les ressources en tenant compte de la complexité des processus pour obtenir les résultats attendus. »

- « de nouveaux outils sont indispensables pour apprécier la performance car les outils habituels du management ne le permettent pas. »

- **Nouveaux métiers ou nouveaux emplois : l'utilité des connaissances générales et des compétences transversales.**

Dans un numéro spécial de revue sur les métiers de santé, certains des auteurs de l'administration centrale signalaient l'apparition de nouveaux métiers comme une « trouvaille ». Nous ne partageons pas ce point de vue administratif. En effet, les économistes et les sociologues du travail donnent des lectures différentes des évolutions de l'emploi sur le long terme du marché du travail. Ce sont celles que nous retenons pour donner une lecture dynamique et réelle des événements hors du carcan des grilles de rémunérations de la fonction publique ou des catégorisations de l'administration qui freinent l'ensemble de l'évolution.

Toutes les mutations de l'emploi des infirmières sont enregistrées dans des organisations différentes de la prise en charge des malades ou bien les besoins de ces professionnelles émergent dans d'autres secteurs d'activités économiques où le recours aux infirmières n'existaient pas il y a 10 ans mais où leurs compétences générales ou relationnelles sont recherchées et rémunérées. Il ne s'agit en aucun cas de nouveaux métiers mais de la reconnaissance des compétences utilisables dans les nouvelles organisations du travail dans et hors du secteur santé. Les petites annonces des employeurs sont parfaitement claires en termes de profil recherché : sur le titre « Infirmière DE » ainsi que sur l'environnement professionnel « travail de coordination pour la gestion des dossiers entre les services de l'organisme » « travail en équipe » « coordination des interventions » ou encore sur les compétences sociales ou relationnelles et sur des qualités reconnues au travail : autonomie.

- **L'enchevêtrement des compétences : l'importance des compétences sociales et relationnelles dans les pratiques professionnelles**

A ce titre, la recherche menée par deux psychologues du travail²⁶ permet de comprendre l'enchevêtrement des compétences lors de la pratique professionnelle. Après avoir donné un éclairage pluri disciplinaire de la notion de compétence, les auteurs se centrent sur l'analyse d'activité afin d'éclairer la problématique centrée sur la description « fine des compétences

non plus en des termes génériques et globaux mais comme des capacités à accomplir certaines tâches finalisées par des objectifs définis professionnellement ».

L'interrogation porte « *sur le rôle des compétences sociales dans la réalisation de ces tâches pour aboutir sur la question générale sur la nature et le rôle des compétences sociales en situation de travail* ». A l'aide de techniques mobilisant à la fois l'observation et l'entretien de différents professionnels, les auteurs décortiquent les activités et les tâches en insistant sur les compétences transversales qui sous tendent les savoirs faire ou les savoirs dans la réalisation des tâches. Les auteurs mobilisent les travaux d'une étude anglo-saxonne sur la professionnalisation et du concept de « job crafting » (personnalisation de la profession) qui permet d'éclairer l'importance des communications verbales et l'intensité du travail relationnel initié par ces professionnelles du soin à la personne à domicile.²⁷

Le texte cité ou celui de MC Combes²⁸ mettent en exergue l'importance des compétences relationnelles dans des tâches où l'individu est au centre de l'intervention et c'est un des apports de l'économie de services. Ici, les auteurs parlent de compétences sociales qui permettent de constituer une véritable valeur ajoutée dans la réalisation de tâches aux apparences uniquement domestiques mais qui constituent la première étape du soin à la personne souvent malade ou en convalescence.

Comme tous les secteurs d'activités, la Santé n'a pas échappée aux évolutions des compétences et aux conséquences de la mondialisation.

- **Les marchés professionnels réglementés (voir partie 2) doivent pouvoir se renouveler en permanence afin d'éviter des pénuries.**

Pour les infirmières, l'absence de professionnels (démographie) permet de mettre en route les instruments de régulation et dans ce cas, ***c'est l'entrée en formation initiale qui joue un rôle essentiel dans le système mais avec des apports diversifiés des caractéristiques de public*** (jeunes entrants mais aussi aide soignantes ou professionnels en reconversion) la profession bénéficie d'une forte hétérogénéité des profils ce qui est une force pour les mobilités internes et externes au secteur de la Santé. C'est la raison pour laquelle « la sélection au concours d'accès aux études » revêt un moment privilégié pour la profession alors qu'il ne semble s'agir que de l'accès aux « écoles de formation ».

- **L'impact du niveau de connaissances générales (le bac de série générale) permet les mobilités professionnelles et favorise l'adaptabilité lors des changements d'emplois et des mutations organisationnelles.**

Dans une recherche, je terminais le texte ainsi : « dans un contexte de changement technique et de mutation sociale, les qualités requises sur le marché du travail ne sont pas plus élevées en terme de connaissances ou de diplômes ; au contraire, elles exigent plus de capacités générales (analyse, synthèse, autonomie, rapidité) et d'aptitudes comme l'esprit d'initiative ou l'ouverture d'esprit pour faire face aux situations de travail en évolution » (Rapiau – 2004) et c'est le cas des infirmières en France.

NOTES et BIBLIOGRAPHIE

¹ Rabilloud Sandrine « Les professionnels de la Santé en Europe » in Les Cahiers Hospitaliers, Juillet 2007

² Rapiau Marie-Thérèse, Acker Françoise « Gérer le secteur de la santé avec des dispositifs généraux : le cas de la formation. » In Revue gestions Hospitalières n° 474 Mars 2008

³ Rapiau Marie-Thérèse, Retour Didier « Gestion des compétences et formation au sein de l'entreprise » in cahiers français « La gestion des ressources humaines » n°333 septembre 2006

⁴ Casanovas Joaquim « Nouvelle gouvernance : « réformer l'organigramme de structure » In Revue gestions Hospitalières n°474 Mars 2008

⁵ Cadin Loïc, Guérin Francis, Pigeyre Frédérique, « Mobilité et gestion des carrières » (chapitre 8) in « Gestion des Ressources Humaines : pratiques et éléments de théories » 3^e édition, Dunod, 622 pages, Mars 2007

⁶ Duboys Freyney Catherine : « Et si les infirmières quittaient les hôpitaux ? » Revue gestions Hospitalières – rubrique « analyse des soignants » pp 717- 727. Décembre 2007

⁷ Dupray Arnaud « Les mobilités en début de vie professionnelle. Externes ou internes aux entreprises, des évolutions aux effets différents » Bref CEREQ n°216 février 2005 www.cereq.fr

⁸ Collectif Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) « Analyse de deux professions : pharmaciens et infirmiers », « le rapport 2005 ». La Documentation Française Mai 2006

⁹ Rapiou Marie-Thérèse et Biot Paquerot Guillaume « il recrutamento degli infermieri in formazione in Francia tra programmazione nazionale e bisogni locali » in MECOSAN Italian Quaterly of health care management economics and policy. N°60 décembre 2006

¹⁰ Berland Yvon a réalisé depuis 2003 un rapport officiel sur les enjeux des coopérations entre professionnels de santé ainsi que des travaux sur les délégations de tâches par les médecins vers les autres personnels soignants. En 2007, sous la tutelle de la Haute Autorité de Santé, trois groupes de travail ont élaboré des rapports (dans le domaine de la formation (Y Berland), du juridique (C Evin) et de l'économique (M Elbaum). Les rapports sont disponibles sur le site de la HAS et ont servi à élaborer une recommandation sur les coopérations entre professionnels de santé en avril 2008

¹¹ Dietrich Anne « La gestion des compétences : essai de modélisation » p215-239 in « Gérer les compétences : des instruments aux processus » ouvrage coordonné par Alain Klarsfeld et Ewan Oiry Vuibert 290 pages, 2006.

¹² Amossé Thomas, « Interne ou externe, deux visages de la mobilité professionnelle » INSEE premières n°92 1 septembre 2003 www.insee.fr

¹³ Landais Camille « Les hauts revenus en France : une explosion des inégalités ». Paris Scool of Economics, juin 2007

¹⁴ www.insee.fr

¹⁶ Benamouzig Daniel « Les grandes manœuvres autour de la santé » pp 53-60 Revue Alternatives Economiques n°270 Juin 2008

¹⁷ Beffy Magali, (INSEE, division Emploi) « Moins d'artisans et des professions libérales en plein essor », INSEE France, portrait social en 2006. www.insee.fr/

¹⁸ Paradeise Catherine « « Les professions comme marché du travail fermé », Sociologie et sociétés, n°2, p2-22, 1988

¹⁹ Fizzala Arnaud « Un million d'emplois non médicaux dans les établissements de santé en 2005 » Note de la DREES Etudes et résultats n°605 octobre 2007

²⁰ Biot-Paquerot Guillaume, L'offre de formation des Universités : une analyse par la théorie de l'architecture organisationnelle », Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, IAE/Université de Bourgogne, 2006

²¹ Ce paragraphe contenant le traitement des données a été présenté, pour partie, dans l'Atelier ALASS d'avril 2008 et il fait partie du chapitre d'un livre à paraître chez l'harmattan en co-écriture avec Guillaume Biot-Paquerot. Dans ce texte, les résultats présentés servent à illustrer l'impact du niveau des connaissances générales au travers des filières de baccalauréat en France sur l'admissibilité et l'admission au concours d'accès aux études en soins infirmiers.

²² Marquier Rémy « Les étudiants en soins infirmiers en 2004 », série Etudes, Direction de l'Evaluation et des Statistiques, Ministère de la Santé, n°55, janvier 2 006

²³ Rapiou Marie-Thérèse, « Les pratiques de l'orientation professionnelle : un perpétuel ajustement entre le marché de l'emploi et les formations » in Revue Formation et territoire n°9 juillet 2004

²⁴ Feroni Isabelle, Kober-Smith Anémone, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande Bretagne », Revue Française de Sociologie, 46-3, 2005, pp469-494

²⁵ Contandriopoulos André-Pierre, « La gouvernance dans le domaine de la santé : une régulation orientée par la performance » « Health governance : a performance-oriented regulation » Revue Santé Publique 2008, volume 20, n°2, pp 191-199

²⁶ Leduc S & Valléry G « Approche des compétences sociales par l'analyse d'activité : une étude chez les aides à domicile », Revue Orientation Scolaire et Professionnelle, septembre 2006/ vol 35 n°3

²⁷ Wizesniewski A & Dutton JE " Crafting a job : revisioning employees as active grafters of their work." Academy of Managment Review, 26, 2, 179-201, 2001.

²⁸ Combes Marie-Christine, « La compétence relationnelle : une question d'organisation » Revue Travail et Emploi N°92 octobre 2002.